VII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 166)
z dnia 16 grudnia 2014 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 166)

16 grudnia 2014 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Czesława Hoca (PiS)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację na temat stanu opieki diabetologicznej w Polsce.

W posiedzeniu udział wzięli: **Igor Radziewicz-Winnicki** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Tadeusz Jędrzejczyk** prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Teresa Sulik** starszy specjalista w Departamencie Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, **Przemysław Żak** doradca ekonomiczny w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Katarzyna Latuszek-Pasternak** specjalista w Zespole Interwencyjno-Poradniczym Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Andrzej Bauman** prezes Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, **Leszek Czupryniak** prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Stanisław Maćkowiak** prezes Federacji Pacjentów Polskich, **Barbara Mierzejewska** wiceprezes Izby Gospodarczej „Farmacja Polska", **Joanna Zabielska-Cieciuch** ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie".

W posiedzeniu udział wziął **Wojciech Wiśniewski** lobbysta z Viewpoint Group.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Longina Grzegrzułka** oraz **Maria Tauroginska-Kopeć** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dzień dobry państwu. Witam na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Witam państwa bardzo serdecznie. Witam panie posłanki i panów posłów, przedstawicieli ministerstwa z panem ministrem Igorem Radziewiczem-Winnickim i przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia. Witam stronę społeczną. Witam również pracowników sekretariatu Komisji oraz Biura Legislacyjnego. Witam serdecznie.

Proszę państwa, dzisiaj mamy tylko jeden punkt w porządku dziennym – rozpatrzenie informacji na temat stanu opieki diabetologicznej w Polsce, którą przedstawia pan minister zdrowia. My, jako Komisja, otrzymaliśmy dwa dokumenty. Pierwszy, bardzo krótki, podpisany przez podsekretarza stanu Cezarego Rzemka. I drugi, nieco dłuższy, podpisany przez pana ministra Igora Radziewicza-Winnickiego, gdzie są informacje o chorobach urologicznych, który to temat już przerabialiśmy na poprzednim posiedzeniu Komisji.

Bardzo proszę, może najpierw pan minister, potem przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia, o ile będzie mieć coś do powiedzenia, a potem otworzymy dyskusję. Następnie zabierze głos strona społeczna. Dziękuję bardzo. Proszę.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Igor Radziewicz-Winnicki:

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, jeśli pan przewodniczący pozwoli, może skrótowo przedstawię ten materiał, który przekazaliśmy Wysokiej Komisji 4 listopada.

Warto powiedzieć, że cukrzyca jest chorobą cywilizacyjną i trendy epidemiologiczne, a przede wszystkim starzenie się populacji oraz skuteczne radzenie sobie z innymi chorobami, powodują, że zauważamy na świecie – i tego oczekujemy – że liczebność osób chorujących na cukrzycę, głównie typu drugiego, wzrasta. Dzisiaj w Polsce około 2,5 mln osób choruje na cukrzycę, z czego aż ¼ – jak się szacuje – to osoby nieświadome swojej choroby. Jest to bardzo dużo. Warto też jednak zauważyć, że ten trend się zmienia. O ile

kilkanaście lat temu byliśmy przekonani, że połowa, jeśli nie ¾ chorych na cukrzycę typu drugiego nie jest świadomych faktu swojej choroby, o tyle dzisiaj, choć jest to aż ¼, jest to jednak wyraźny trend spadkowy. Czyli, poprawia się skuteczność detekcji cukrzycy.

Chorobowość z powodu cukrzycy ogólnej populacji Polski wynosi około 6,5%. Większa jest u kobiet – 7,25%, co wynika głównie z różnic struktury wiekowej populacji mężczyzn i kobiet. W populacji powyżej 18 roku życia ten współczynnik wynosi 8%, natomiast u dzieci poniżej 15 roku życia liczbę osób chorujących na cukrzycę szacuje się na 17,7 na 100 tys. mieszkańców. Pamiętajmy jednak o tym, że w młodszej grupie wiekowej dominuje cukrzyca typu pierwszego.

W Polsce mamy obecnie 1113 lekarzy specjalistów diabetologii. Do prowadzenia specjalizacji diabetologicznej uprawnionych jest 50 jednostek posiadających akredytację. One na dzisiaj dysponują 266 miejscami specjalizacyjnymi. Dodatkowo realizowane są staże kierunkowe organizowane w 61 jednostkach, które dysponują blisko 300 miejscami. Warto zauważyć, że z chwilą wprowadzenia nowego modułowego systemu specjalizacji, od tego roku, po raz pierwszy następuje nabór na kształcenie w zakresie diabetologii w systemie odmiennym niż dotąd. Czyli nie dotyczy on lekarzy posiadających już drugi stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych albo z pediatrii, a dotyczy lekarzy, którzy dzisiaj, już po stażu podyplomowym, mają prawo otwarcia specjalizacji w kierunku diabetologii lub nowej specjalizacji w kierunku endokrynologii i diabetologii dziecięcej. To po pierwsze znacznie przyspiesza osiągnięcie samodzielności zawodowej tak kształconego lekarza. Po drugie stwarza większą liczbę miejsc szkoleniowych, a po trzecie zmiana w systemie kształcenie przebiega równolegle z uruchomieniem mechanizmów na poziomie województw i wojewodów zachęcających do tego, żeby uruchamiać jak najwięcej miejsc z prawem do szkolenia lekarzy. Otóż przepis mówi dzisiaj, że na jednego specjalistę zatrudnionego w pełnym wymiarze godzin może się szkolić trzech, a zatem liczba miejsc mogłaby być znacznie większa niż wynika to z liczby pracujących dzisiaj lekarzy specjalistów diabetologów.

W roku 2013 tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego posiadało 246 pielęgniarek, kolejnych 113 osób odbywało szkolenia specjalizacyjne w tej dziedzinie. To jest nowy trend, zgodny ze światowymi standardami podnoszenia kształcenia i jakości przede wszystkim personelu pielęgniarskiego z wyższym wykształceniem, w zakresie szkolenia specjalizacyjnego w kierunku pielęgniarstwa diabetologicznego. Te osoby w wielu miejscach pełnią bardzo ważną funkcję pielęgniarek, które prowadzą szkolenia, przede wszystkim z zakresu samozarządzania chorobą przewlekłą, jaką jest cukrzyca, czyli podstaw leczenia dietetycznego, a co najważniejsze budują potrzebę pacjenta do zmiany stylu życia i tego, żeby w sposób regularny podejmowali działania, których wymaga leczenie cukrzycy, a więc, przede wszystkim, utrzymywania diety oraz właściwego stosowania leków, szczególnie w przypadku konieczności insulinoterapii.

Lekarska specjalistyczna opieka zdrowotna dla pacjentów z cukrzycą jest świadczona również w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, jest to bowiem jedna z najczęstszych chorób występujących w naszej populacji. Zatem zdolność jej wykrywania, właściwego leczenia i prowadzenia spoczywa, po pierwsze, na lekarzach podstawowej opieki zdrowotnej, a po drugie, na dobrych zasadach współpracy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z lekarzami z wyższych poziomów referencyjności systemu opieki zdrowotnej, a przede wszystkim ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i opieki szpitalnej. A w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej funkcjonuje zarówno poradnia diabetologiczna, jak i produkt NFZ o nazwie kompleksowa ambulatoryjna opieka nad pacjentem z cukrzycą, czyli tak zwany KAOS, a więc stosunkowo nowy element w systemie opieki zdrowotnej, który ciągle się rozwija i umożliwia kompleksowe i zintegrowane leczenie pacjenta wymagającego kompleksowego podejścia specjalistycznego.

W roku 2008, w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wprowadzono KAOS do finansowania. Jego celem była poprawa skuteczności leczenia, a w każdym razie zmniejszenie liczby pacjentów wymagających leczenia w ramach szpitala, zmniejszenie powikłań cukrzycy i poprawa jakości życia pacjentów poprzez umożliwienie, na przykład, wykonania niezbędnych badań i konsultacji, które są niedostępne w trybie zwykłej porady specjalistycznej, w tym zapewnienie konsultacji okulistycznych, kardiologicznych

i neurologicznych adekwatnie do potrzeb pacjenta, nadzór nad jego stanem zdrowia, w tym wyrównanie glikemii, parametrów równowagi wodno-elektrolitowej i kwasowo -zasadowej oraz prowadzenie edukacji w zakresie samokontroli cukrzycy i prawidłowego odżywiania.

Leczenie szpitalne. Liczba hospitalizacji związanych z leczeniem cukrzycy wynosi ponad 95 tys. rocznie. W roku 2014, do chwili obecnej, zrealizowano już blisko 45 tys. hospitalizacji. Od roku 2009 następuje stopniowy spadek liczby hospitalizacji z zakresu diabetologii. W okresie minionych pięciu lat zauważalny jest spadek o ponad 12 tys., czyli z liczby 108 tys. do liczby 95 tys. hospitalizacji. To wskazuje, tak naprawdę, na poprawę standardów leczenia i skuteczniejsze leczenie w ramach medycyny ambulatoryjnej. Ważne by zwrócić uwagę na to, że w tym samym czasie zwiększają się nakłady Narodowego Funduszu Zdrowia na całość leczenia i opieki nad pacjentami chorymi na cukrzycę ze 128 mln zł do 186 mln zł aktualnie, przy czym pozostaje mniej więcej stały udział w tych kosztach nakładów na produkt kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna na poziomie około 13,5% tej kwoty, która jest przewidziana w planach NFZ.

I farmakoterapia, jeśli pan przewodniczący pozwoli. Zapewne stanie się to zakresem dyskusji – spodziewam się ożywionej. Warto powiedzieć, że na przestrzeni ostatnich dwóch lat znacząco poszerzono dostępność do pożądanych przez pacjentów nowoczesnych leków stosowanych w farmakoterapii cukrzycy. Do leczenia pacjentów z cukrzycą typu drugiego wprowadzono analogi insuliny długodziałające – oczywiście analogi krótko działające już mamy – i ponad to rozszerzoną dostępność do leczenia w ramach intensywnej insulinoterapii pacjentów, poprzez zwiększenie dostępności do wyrobów medycznych – przede wszystkim chodzi o odstępność do zestawów do pomp insulinowych i zwiększenie dostępu do samych pomp insulinowych dla pacjentów z cukrzycą typu pierwszego. Oczywiście, w miarę dostępności nowych technologii oraz dostępności ekonomicznej, ta oferta terapeutyczna jest stopniowo bardzo wyraźnie zwiększana, jednak – spodziewam się, że to będzie przedmiotem dyskusji – na podstawie przeprowadzonych dogłębnych analiz farmakoekonomicznych, a przede wszystkim oceny korzyści terapeutycznych, które uzyskują pacjenci z wprowadzenia kolejnych, a także wielkości dopłat, które później pacjenci są zmuszeni ponosić z własnego portfela. Jeśli pan przewodniczący pozwoli, na tym zakończę krótki opis sytuacji. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia ma coś do dodania w tym zakresie, czy może później, kiedy będą ewentualne pytania?

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Prezes jest w drodze – przepraszamy. Warszawa jest bardzo zakorkowana.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Wobec tego, otwieram dyskusję. Bardzo proszę, pani poseł Mucha.

Poseł Joanna Mucha (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Szanowni państwo, mam sporo pytań odnośnie do tej informacji, która została przedstawiona przez Ministerstwo Zdrowia. Pierwsza, ogólna uwaga jest taka, że w tej informacji przedstawiono stosunkowo dużo danych, natomiast są one przedstawione w takiej wersji, że nie pozwalają nam na ocenę, czy polityka ministerstwa w odniesieniu do tej choroby jest prowadzona prawidłowo, czy nie. Za chwilę do tego wrócę, ale to jest taka uwaga ogólna, bo chciałabym prosić ministerstwo, żeby na przyszłość uniknąć tego typu problemu.

Pierwsze najważniejsze pytanie, jakie nasuwa mi się po przeczytaniu tej informacji, to pytanie o liczbę pacjentów, dlatego że na pierwszej stronie, właściwie w pierwszym zdaniu mówią państwo o tym, że 2,5 mln osób to jest szacowana liczba chorych, z czego – według tej informacji – 25% nie wie o chorobie. Można więc założyć, że około 2 mln osób wie o swojej chorobie. Natomiast dalej na str. 8 pojawia się informacja, że 4,8 mln pacjentów finansowanych jest stawką kapitacyjną wyższą, i są to pacjenci, którzy albo mają cukrzycę, albo przewlekłe choroby krążenia.

Nie wiem, z jakiego powodu nie przedstawiają państwo liczby pacjentów, którzy mają po prostu problem z cukrzycą. Natomiast zderzenie tych dwóch danych jest bardzo niepokojące, bo jeśli szacujemy, że są 2 mln chorych, których leczymy na cukrzycę i którzy są świadomi swojej choroby, a jednocześnie w POZ finansujemy prawie 5 mln podwyższoną stawką kapitacyjną, to albo nie mamy kontroli nad własnym systemem, albo nie mamy danych, albo nie jesteśmy w stanie tego kontrolować. W każdym razie, coś jest bardzo mocno nie tak. Chciałabym więc poprosić o odniesienie się do tej konkretnej danej, bo – jak powiedziałam – ona jest bardzo niepokojąca.

Teraz, jeśli chodzi o moją pierwszą uwagę, czyli o dane, które państwo przedstawiają, a które nie pozwalają nam wysnuwać wniosków dotyczących poprawności prowadzenia polityki w zakresie tej choroby, na str. 1 są podane dane dotyczące liczby lekarzy i liczby specjalizacji, które są w tej chwili otwarte. Natomiast, żebyśmy mogli prawidłowo ocenić poprawność tej polityki, to ciąg myślowy powinien być następujący. Przewidujemy, że za lat 10, 15, 20 będzie tylu i tylu chorych. Żeby ich odpowiednio leczyć, potrzeba będzie tylu i tylu lekarzy specjalistów. Żeby tych lekarzy za 10, 20, 50 lat było tylu i tylu, dzisiaj musimy otworzyć następującą liczbę specjalizacji. Tego typu informacji nie mamy w tym materiale, który państwo przedstawili. Dokładnie to samo zastrzeżenie dotyczy pielęgniarek.

Dalej. W 2008 r. – piszą państwo w informacji – wprowadzono program kompleksowa ambulatoryjna opieka nad pacjentem chorym na cukrzycę. Chciałabym się dowiedzieć, jak wyglądał monitoring, jak wyglądała ewaluacja tego programu i jakim dokumentem Minister Zdrowia przyjął tę ewaluację. Co w tej ewaluacji sprawdzano? Czy ten monitoring ograniczał się wyłącznie do liczby udzielonych porad, bo taki wniosek można wysnuć z tego, co państwo przedstawiają w tym materiale? Jeśli ten monitoring ograniczał się tylko do liczby porad, to tak naprawdę w ogóle nie ewaluujemy programu, bo program powinien dotyczyć przede wszystkim tego, w jaki sposób prowadzony jest pacjent.

Dalej. Zaskakujące jest to, że nakłady na ten program, o którym przed chwilą mówiłam – KAOS – są znacznie niższe niż na kategorie ogólne. To również jest dana, która jest przedstawiona w tabeli. Chciałabym zapytać, czy planowane jest przez ministerstwo rozszerzenie tego programu KAOS na innych pacjentów, czy też po prostu jest to liczba, której państwo nie zamierzają w tej chwili przekraczać.

Następna moja uwaga. Przedstawiają państwo liczbę świadczeniodawców w podziale na województwa. W moim przekonaniu, taka dana nie ma żadnego sensu, bo świadczeniodawca może być mały lub wielki, opiekować się małą lub wielką grupą pacjentów. Mam więc pytanie zasadnicze, czy ministerstwo kiedykolwiek analizowało, czy występują białe plamy w dostępie pacjentów chorych na cukrzycę do świadczeń i do świadczeniodawców.

Przedstawiają państwo także liczbę realizowanych porad. Ta liczba naprawdę niewiele mówi. Może coś mówić ewentualnie osobom, które zajmują się cukrzycą przez całe swoje życie. Natomiast to, co nas powinno interesować, i co państwo powinni nam przedstawić, to jest iloczyn liczby chorych i średniej liczby porad, która jest wymagana dla każdego chorego i jak to się ma procentowo do zrealizowanych w rzeczywiści porad. Bo – tak, jak powiedziałam – te dane, które nam państwo podali, nie dają nam żadnej wiedzy, żadnej możliwości wyrobienia sobie zdania na temat poprawności prowadzonej polityki.

Kolejne pytanie. Czy czas oczekiwania, który państwo podają w informacji, dotyczy też pacjentów z programu KAOS?

Następne pytanie. Czy zdiagnozowano, z czego wynikają tak dramatyczne różnice w czasie oczekiwania na porady między różnymi województwami? I pytanie szczegółowe odnośnie do tego pytania. Co się dzieje w województwie świętokrzyskim, jeśli czas oczekiwania na poradę dla dzieci wynosi 107 dni? To jest coś niesłychanego.

Kolejne pytanie. Czy ministerstwo dokonało analizy kosztów prowadzenia pacjenta z cukrzycą w podstawowej opiece zdrowotnej i czy stawka kapitacyjna 3,0 odzwierciedla te koszty? Czy ministerstwo lub NFZ sprawdza, monitoruje, czy rzeczywiście odbywa się tyle wizyt – czyli jedna na 3 miesiące – jak jest wymagane dla takiego pacjenta, który jest objęty tą podwyższoną stawką? Czy ministerstwo lub NFZ monitoruje, czy

u tego pacjenta, który jest objęty tą podwyższoną stawką kapitacyjną, przeprowadzone są dodatkowe badania?

Następne pytanie. Rzeczywiście jest tak, jak pan minister przed chwilą powiedział, że w opiece szpitalnej w niektórych zakresach występuje znaczny spadek liczby hospitalizacji, natomiast to nie dotyczy wszystkich zakresów, i są takie zakresy, gdzie tego spadku w ogóle nie można zauważyć. Chciałabym zatem zapytać, czy dokonują państwo analizy, z czego wynika to, że w niektórych spośród tych przedstawionych zakresów nie ma żadnej odpowiedzi systemu na wprowadzone zmiany.

Strona 14 – tabelka. Kolejne pytanie. Podają państwo dane dotyczące liczby pacjentów mających dostęp do pompy. Po raz kolejny jest to dana, która dla nas jest niewystarczająca, dlatego, że dla posłów wystarczająca byłaby dana dotycząca procentu leczonych osób, które mają dostęp do pompy. Uważam więc, że powinniśmy tego typu daną również otrzymać.

Na str. 15 są zaskakujące braki w tabeli. Chciałabym się dowiedzieć, z czego one wynikają. I ostatnie pytanie, ogólne. Czy w Ministerstwie jest przygotowana jakaś analiza dotycząca tego, jak będzie rosła liczba pacjentów i jak będą rosły koszty związane z obsługą, leczeniem tych pacjentów w długim okresie? Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, pani poseł. Pani poseł Józefa Hrynkiewicz, bardzo proszę.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, chcę zapytać o niespójności w podawanych statystykach. Jeśli państwo piszą, że jest 2,5 mln chorych, z tego co czwarta osoba jest niezdiagnozowana, a potem jest bardzo dużo osób leczonych przez lekarzy, to jesteśmy w jakimś matrixie. O co tu chodzi?

Po pierwsze, przede wszystkim chciałabym zapytać, jak to jest, że co czwarta osoba mająca cukrzycę jest niezdiagnozowana. Czy to znaczy, że lekarz nie posyłają ich na badania? Z drugiej strony, ponad dwukrotnie większa liczba osób jest jakoby leczonych. Ile więc jest w Polsce osób chorych na cukrzycę? O ilu wiemy, że są chore? O ilu nie wiemy? Skąd państwo biorą te dane? Zwykle w tych materiałach nie podają państwo źródła danych, a wypadałoby potraktować nas troszkę poważniej i powiedzieć – mamy dane, które są niespójne, staramy się, żeby były spójne.

Tak więc, ponieważ muszę wyjść, poproszę pana ministra o wyjaśnienie na piśmie tych danych, bo inaczej powiemy – ja coś usłyszę, czegoś nie usłyszę, coś jest dokładnie, coś niedokładnie. Jeśli państwo dokładnie wyjaśnią, skąd są niespójności w tych rachunkach, ponieważ za tym idą pieniądze i kontrola, i nadzór, to będę bardzo zobowiązana.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, pani profesor. Pani poseł Lida Gądek.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Szanowne prezydium, panie ministrze, szanowni goście, koleżanki i koledzy, mam krótkie pytanie, ponieważ mamy do czynienia ze specyficznym schorzeniem. Omawiamy sytuację osób z wyjątkowym zespołem klinicznym, a nie chorobą, bo cukrzyca – jak można powiedzieć – to specyficzny zespół kliniczny. W sprawozdaniu znalazły się różne rzeczy, natomiast, generalnie wnosiłam już kilkakrotnie – i nie tylko ja, bo i środowiska związane z diabetologią, konsultant krajowy i wszyscy inni – że należy zdecydowanie zmienić postępowanie z pacjentem chorym na cukrzycę.

Konieczne byłoby powołanie zespołu, który zajmowałby się pacjentem, poza samym lekarzem – czy to lekarzem POZ, jeżeli prowadzi pacjenta, czy lekarzem diabetologiem – który byłby swego rodzaju zespołem edukacyjnym dla pacjenta, bo to schorzenie wymaga nie tylko leków jako takich, bo może większą rolę odgrywa styl życia i sposób zachowania pacjenta. W zespole mieli być pielęgniarka, dietetyk, terapeuta ruchowy a być może nawet psycholog.

Chyba około półtora roku temu – nie chcę mówić dokładnie – na posiedzeniu Komisji dostałam potwierdzenie, że przygotowanie tego typu zespołu, który miałby zajmować się pacjentami, być może na poziomie gminy, przy współpracy z samorządami lokalnymi,

które mają przecież środki na te cele, byłoby najlepszym wyjściem, jeśli chodzi o opiekę kompleksową. Jak to dzisiaj wygląda, i czy w ogóle przygotowujemy się do wdrożenia tego typu systemu opieki nad pacjentem z cukrzycą, i nad rodziną pacjenta z cukrzycą, bo to też jest niezmiernie ważne? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. W międzyczasie przyszedł prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, pan Tadeusz Jędrzejczyk, wraz ze współpracownikami. Bardzo serdecznie witamy.

Dziękujemy bardzo. Teraz pan poseł Dariusz Piontkowski.

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

Mam pytanie odnośnie do informacji na str. 3, gdzie jest mowa o tym, że NFZ w pewnym momencie zareagował na częstotliwość wizyt u lekarza specjalisty osób chorych na cukrzycę stwierdzając, że należy zwiększyć liczbę wizyt pacjenta w poradni do przynajmniej czterech w ciągu roku. Stąd moje dwa pytania. Po pierwsze, jak wpłynęło to na dostępność chorych do poradni. A po drugie, czy osiągnięto zamierzony cel, bo – jak rozumiem – NFZ uznał, że zbyt wielu pacjentów leczonych jest w szpitalu, a zbyt mało korzysta z porad, które by zapobiegły konieczności wizyty w szpitalu. Czy, w związku z tym, NFZ po wprowadzeniu tego rozporządzenia w życie odczuł wyraźny spadek liczby zabiegów wykonywanych w szpitalach a zwiększoną liczbę pacjentów, którzy uzyskali odpowiednią pomoc medyczną w przychodniach? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

O głos poprosiła jeszcze pani poseł Joanna Mucha. Bardzo proszę.

Poseł Joanna Mucha (PO):

Dziękuję bardzo. Przepraszam, jeszcze jedno pytanie chcę dodać do tej listy, którą przedstawiłam wcześniej. Mianowicie, chciałabym się dowiedzieć, z jakiego powodu ministerstwo w informacji nie przedstawiło nam liczby amputacji stopy cukrzycowej w poszczególnych latach. Chciałabym się dowiedzieć, jak ta liczba się kształtuje. Czy ta liczba w ostatnich latach się zmniejsza? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze z pan posłanek i panów posłów? Nie ma zgłoszeń. To jeszcze ja pozwolę sobie zabrać głos.

Panie ministrze, panie prezesie, 14 listopada obchodziliśmy Światowy Dzień Cukrzycy. Natomiast we wrześniu 2014 r., w Wiedniu odbył się 50. Kongres Europejskiego Towarzystwa Badań nad Cukrzycą, gdzie ogólnoeuropejskie porównanie było dla Polski miażdżące – tak bym powiedział – bo na 30 państw ocenianych pod względem prewencji i terapii cukrzycy jesteśmy na 25 miejscu, a więc praktycznie w ogonie. Tym bardziej, że – jak sam pan minister powiedział – cukrzyca jest chorobą cywilizacyjną.

Ta choroba dotyka 6,5 % mieszkańców Polski. My wiemy, jako lekarze praktycy, że ta choroba daje powikłania, a są one bardzo kosztowne i niebezpieczne, bo – tylko przypomnę – przyczyną połowy amputacji kończyn dolnych jest stopa cukrzycowa. Powodem połowy przypadków ślepoty i niedowidzenia jest retinopatia cukrzycowa. Praktycznie połowa dializ jest wynikiem nefropatii cukrzycowej. Ostre incydenty sercowo-naczyniowe i różnego rodzaju incydenty mózgowe to też jest pokłosie źle leczonej cukrzycy. Każdy z nas wie – wpaja się to studentom – że koszty dobrze leczonej cukrzycy są tańsze, a 8-krotnie większe są koszty leczenia powikłań cukrzycy. Czyli dobrze jest wcześnie rozpoznawać, dobrze jest leczyć nowoczesnymi lekami i objąć tego pacjenta wszechstronną, kompleksową opieką.

Powstały KAOS-y – kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem z cukrzycą – ale dowiaduję się, na przykład, że w 2014 r. kilka województw, w tym zachodniopomorskie, w ogóle nie zakontraktowało KAOS-ów. Czy to jest sygnał, że opieka nad pacjentem z cukrzycą w jakiś sposób się rozprasza? Czy jest to błąd systemowy? Nie chce mi się wierzyć, żeby lekarz podstawowej opieki zdrowotnej nie zadbał o trzykrotny wzrost kapitacji chociażby dlatego, że ci pacjenci bardzo często przychodzą i uzyskują te porady, tym bardziej, że to jest zasadne.

Dalej. Wspomniał pan, panie ministrze, o farmakoterapii. Wydaje mi się, że nam daleko do europejskich standardów farmakoterapii. Pamiętam chociażby gehennę, jeśli chodzi o analogi insulin długodziałających, ile to było walki, począwszy od 2007 r. Niektórzy posłowie, między innymi ja, byli podani do Komisji Etyki Poselskiej za to, że upominali się o te insuliny, które były obiecywane z miesiąca na miesiąc, a potem z roku na rok... Doszły, rzeczywiście, ale nie ma leków inkretynowych, które są standardem w Europie. Już nie mówię o tych lekach, które wymienili państwo na str. 17, a więc tych bardzo nowoczesnych, które też są pewnym standardem w opiece specjalistycznej. Tykająca bomba zegarowa – tak możemy nazwać cukrzycę, przede wszystkim insulinozależną.

Panie ministrze i również panie prezesie – bo są różnego rodzaju zarządzenia i rozporządzenia – to nam nie daje... Nawet to, o co pytała pani profesor Hrynkiewicz, czy jest krajowy rejestr chorych na cukrzycę, na podstawie którego moglibyśmy 100-procentowo powiedzieć, że mamy tylu i tylu pacjentów, w tym tylu młodocianych. Czy jest rejestr albo program, bo zarzucono nam, że nawet paski do oznaczania poziomu glukozy nie są propagowane i są źle dystrybuowane, nie mówiąc już o pompach insulinowych?

Tak więc, panie ministrze, jeśli wiemy o tym, że leczenie powikłań cukrzycy jest 8 razy droższe od dobrego leczenia cukrzycy, to dlaczego nie stwarzamy programu prewencji i terapii cukrzycy na europejskim poziomie. Jeśli jesteśmy 25 krajem spośród 30 krajów w Europie, to znaczy, że dzieje się bardzo źle. Ta informacja, którą państwo przedstawili, może i merytoryczna, nic nie wnosi. Z niej nie wynika poprawa tej opieki. Nie wynika z niej nadzieja, że będzie lepiej, tylko po prostu gonimy w tym ogonie i czasami dostosowujemy potrzeby do tych krzykliwych...

Panie ministrze, na koniec konkluzja albo pytanie, na pewno nie retoryczne. Dlaczego jest tak źle? Dlaczego, mimo to, że tu jest sugestia, że sytuacja poprawia się, że jest dobrze, a tak naprawdę wiemy, że jest źle, a nawet, że jest coraz gorzej, bo powikłania są groźne? Chyba że w tym szaleństwie jest metoda, bo na przykład będzie więcej dializ, będzie więcej... Nie chcę dalej brnąć w nieprzyjemne skojarzenia. W każdym razie uważam, że jeśli chodzi o opiekę specjalistyczną, ambulatoryjną, a nawet szpitalną, nie zapewniamy kompleksowej opieki diabetologicznej. Dziękuję bardzo.

Panie ministrze, czy teraz pan odpowie na pytania? Teraz. Bardzo proszę. I ewentualnie pan prezes. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, dziękuję bardzo za niezwykle cenną i ważną dyskusję oraz pytania, na które postaram się odpowiedzieć w kolejności, aczkolwiek nawiązując, bo część pytań się powtarzała.

Bardzo dziękuję pani minister Musze za dogłębną analizę materiału przedstawionego przez nas i wskazówki dotyczące kierunków dalszych, właściwych rozstrzygnięć. Spieszę poinformować panią poseł, w odpowiedzi na główne pytanie, dlaczego niektórych danych minister zdrowia nie przedstawił i dlaczego przedstawiono dane w taki, a nie inny sposób, że wydaje się, iż materiał odpowiada swoim poziomem ogólności na ogólność zadanego przez Wysoką Komisję pytania. A brzmiało ono – stan opieki diabetologicznej w Polsce. Zatem nie padły bardziej konkretne pytania. Nie mogłem więc spodziewać się takiego, jak miałem przyjemność wysłuchać, przebiegu dyskusji i uszczegółowienia pytań. W przyszłości – jak sugeruje pani minister – dla ominięcia tego typu rozbieżności intencji zadającego pytania i dopowiadającego, będziemy wdzięczni, jeśli pani minister i Wysoka Komisja zechcą precyzyjnie zadawać pytania. Zawsze spieszymy precyzyjnie na nie odpowiadać.

Trudno przy tak złożonej chorobie, jaką jest cukrzyca, mówić o poprawności prowadzenia polityki w jej zakresie, z uwagi na fakt, że jest to choroba, po pierwsze, w samej medycynie interdyscyplinarna. A tak naprawdę, jest to choroba, której występowanie zależy od bardzo wielu elementów, których regulacja, zmiana, wymaga olbrzymiego zaangażowania bardzo wielu sektorów państwa i wspólnej pracy – jak mówi teoria zdrowia publicznego – wzmożonego wysiłku społecznego na rzecz zmian wielu aspektów. Otóż czynniki, które powodują wzrost występowania cukrzycy, to nie tylko siedzący tryb

życia i dieta zbyt bogata w energię, ale przede wszystkim warstwa kulturowa, cywilizacyjna, jak8ie generują tego typu tryb życia.

Wydaje się, że już na tym etapie mogę się nie zgodzić z niebywale surową oceną pani minister polityki Rzeczypospolitej w zakresie zwalczania cukrzycy i przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym. Przecież kilka tygodni temu wysłuchaliśmy w ekspoze pani premier Kopacz bardzo ważnej zapowiedzi walki z epidemią otyłości, a tym samym – *de facto* – walki z cukrzycą. Spieszę również donieść, że dzięki współpracy w Wysoką Izbą, za którą bardzo dziękuję, uchwalono ustawę o zmianie ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia w zakresie wprowadzenia racjonalnych zasad żywienia w polskich szkołach w taki oto sposób, żeby zarówno stołówki szkolne, jak i sklepiki szkolne, promowały i podawały wyłącznie żywność, która odpowiada właściwym, naukowo zdefiniowanym normom zapotrzebowania żywieniowego i nie generowały nadmiernej otyłości.

Rzecz jasna, ludzie spożywają posiłki nie tylko w szkołach, więc jest to dopiero pierwszy krok w wielkiej przemianie sposobu myślenia w takim kierunku, aby także producenci żywności, a więc i sektor rolnictwa, stwarzały warunki do produkcji żywności, która będzie sprzyjać zachowaniu zdrowia w długofalowej perspektywie. I warto powiedzieć, że już dzisiaj, dzięki dobrej współpracy zarówno ministra zdrowia, jak i ministra gospodarki zauważamy bardzo ciekawą tendencję wśród producentów żywności i reklamodawców, którzy sami, z własnej inicjatywy przyjjmują pewne ograniczenia i porozumienia, zmieniając zarówno treść reklam, jak i zasady reklamowania określonej żywności. To jest trend w dobrym kierunku, zgodny z tym, co się dzieje na świecie.

Oczywiście możemy dyskutować o tym, czy nie zechcielibyśmy, żeby nasz kraj był aż tak restrykcyjny jak na przykład kraje skandynawskie, ale wymagałoby to porozumienia, przede wszystkim na poziomie Wysokiej Izby, kiedy należałoby wprost przyjąć zasadę, że pewnych rodzajów żywności po prostu nie produkujemy albo nie podajemy. Biorąc pod uwagę, że w naszym kraju dominuje hodowla wieprzowiny, że mamy raczej nadprodukcję żywności rolniczej, wydaje mi się, że ustanowienie ścisłych i bardzo rygorystycznych zasad jakości odżywczej i ilościowej żywności wprowadzanej do obrotu, będzie wymagać długotrwałej dyskusji. Jednak głęboko wierzę, że otwartość i symulacja ze strony członków Wysokiej Komisji będzie przybliżać ten stan prawny w najbliższych latach do rzeczywiści.

Zadała pani poseł także pytanie na temat kompleksowej opieki specjalistycznej, czyli programu KAOS. Pytała pani poseł o jego ewaluację. *De facto*, KAOS nie jest programem zdrowotnym, a zatem to nie Minister Zdrowia go wdraża. Nie jest także programem Narodowego Funduszu Zdrowia. Jest to jedynie produkt kontraktowy, czyli specyficzna forma rozliczania świadczeń zdrowotnych, w przypadku którego NFZ kontraktuje w nieco odrębny sposób niż zwykle ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, wymuszając na świadczeniodawcach konieczność zapewnienia dostępu do szerszej liczby specjalistów.

Oczywiście tendencją systemu jest zwiększanie dostępności punktów, gdzie będzie zakontraktowany KAOS, ale pamiętajmy o tym, że tak naprawdę ograniczeniem dostępności do tego typu świadczeń jest przede wszystkim liczba świadczeniodawców, którzy są w stanie te kryteria spełnić. Jeżeliby NFZ z dnia na dzień przewidział, że będzie zawierać kontrakt wyłącznie ze świadczeniodawcami, którzy będą spełniać wymogi konieczne do zakontraktowania KAOS, skutkowałoby to zerwaniem kontraktu ze znakomitą większością poradni, w tym poradni, które są blisko pacjenta. Nie byłoby to korzystne dla pacjenta, choć oczywiście rozwój kompleksowej opieki jest konieczny.

Warto powiedzieć – odpowiadając na pytania pani poseł, czy są białe plamy i skąd ta różnica pomiędzy liczbą 2,5 mln chorych na cukrzycę w Polsce, w szacunkowych badaniach, a tą o kilka milionów większą dotyczącą chorych, którzy korzystają z przeliczenia trójkowego – iż wynika to z faktu, że podstawowa opieka zdrowotna nie sprawozdaje każdej wizyty pacjenta, ponieważ nie ma dzisiaj takiego obowiązku. Mając świadomość, jak olbrzymią wagę ma sprawozdawczość dla planowania działania systemu opieki zdrowotnej, dziękuję pani poseł, że zdała nam pani to pytanie, bo ono wzmacnia zasadność tego i przekazuje Wysokiej Izbie informację, jak ważnym krokiem w rozwoju naszego systemu opieki zdrowotnej jest wprowadzenie pakietów onkologicznego i kolejkowego, których jednym z immanentnych elementów jest wprowadzenie obowiązku sprawozdaw-

czości w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Dzisiaj bowiem w polskim systemie funkcjonują szpitale, poradnie specjalistyczne i poradnie podstawowej opieki zdrowotnej, i to szpitale i poradnie specjalistyczne mają obowiązek sprawozdawania każdego pacjenta razem z rozpoznaniem jednostki nozologicznej, czyli kodu według ICD-10 określonej choroby, z powodu której udzielono pacjentowi świadczenia zdrowotnego, a nie mają obowiązku takiej sprawozdawczości poradnie podstawowej opieki zdrowotnej, co początkowo było działaniem stymulującym rozwój sieci podstawowej opieki zdrowotnej. Jednak dzisiaj, przy tak bogatej sieci, jaką mamy, ten czynnik okazuje się być poważnym mankamentem. Dlatego decydujemy się na jego zmianę i bardzo dziękujemy, że Wysoka Izba nas wspiera w poprawie sprawozdawczości, bo to rzeczywiście jest element niebywale ważny.

To samo dotyczy pytania, czy minister zdrowia analizuje białe plamy w dostępie do świadczeń ambulatoryjnych z zakresu opieki diabetologicznej. Bardzo trudno jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie. Po pierwsze, to dyrektorzy oddziałów wojewódzkich są zobowiązani kontraktować i zapewnić na swoim terenie dla swoich pacjentów równy dostęp do wszystkich zakresów świadczeń znajdujących się w koszyku świadczeń. Z drugiej strony, pamiętajmy o tym, że prawidłowa opieka nad pacjentami, którzy mają cukrzycę, nigdy nie będzie się opierać wyłącznie na lekarzach specjalistach z diabetologii, bo to jest nierealne. Jest to choroba interdyscyplinarna. Pacjenci z cukrzycą wymagają regularnej oceny wielu różnych specjalistów, nie tylko diabetologów, ale także specjalistów endokrynologii, czasem nefrologii, okulistyki, hipertensjologii, angiologii, chirurgii naczyń i wielu różnych dziedzin medycyny, których właściwym punktem integracji jest, tak naprawdę, podstawowa opieka zdrowotna. I wszędzie tam, gdzie osiąga się coraz lepsze wyniki w jakości opieki nad pacjentami chorującymi na cukrzycę, kluczem tej poprawy wydolności systemu opieki zdrowotnej i podniesienia jakości świadczeń, a tym samym zmniejszenia liczby powikłań i podnoszenia jakości i wydłużania czasu życia pacjentów, jest właściwa współpraca pomiędzy tymi lekarzami pełniącymi różne, uzupełniające się wzajemnie funkcje w systemie opieki zdrowotnej.

To dlatego tak ważna jest rozbudowa – o czym państwo mówili – sieci świadczeń z zakresu pielęgniarstwa diabetologicznego i właściwej edukacji pacjenta. Dążymy do tego, żebyśmy mieli tak rozbudowaną kadrę pielęgniarek specjalistek z zakresu pielęgniarstwa diabetologicznego, abyśmy mogli zapewnić równy dostęp na terenie całego kraju. To właśnie z powodu tego nierównego dostępu i nierównej alokacji, czy nierównego występowania na mapie geograficznej Polski pielęgniarek, na tym etapie zmiany koszyka świadczeń nie udało się wpisanie jako sztywnej zasady koszyka świadczeń obecności pielęgniarek edukacyjnych i pielęgniarskiej porady diabetologicznej jako wyodrębnionego świadczenia, niezależnego od porady lekarza. Natomiast, jest to cel, do którego zmierzamy. Jesteśmy przekonani, że to jest działanie konieczne, by zwiększyć efektywność tego systemu, a także zmniejszyć jego koszt.

Pani poseł Mucha zapytała także o iloczyn liczby chorych w stosunku do średniej liczby porad – ile każdy chory takiej porady wymaga. To jest bardzo ambitne zadanie, które pani poseł stawia przed Ministrem Zdrowia. Obawiam się, że nikomu na świecie nie udało się policzyć, ile porad zdrowotnych potrzebuje każdy chory w różnych jednostkach nozologicznych. Niestety przebieg choroby jest bardzo zmienny i czasem jest tak, że pacjenci o tym samym poziomie zdrowia, ale na przykład o różnym potencjale poznawczym, wymagają częstszych albo rzadszych wizyt edukacyjnych, a z kolei pacjenci z przyczyn biologicznych w podobnym stanie zdrowia mogą mieć rożny przebieg choroby i intensywność koniecznych świadczeń w ich przypadku musi być dostosowywana indywidualnie. Tutaj nie ma złotego środka. Spodziewam się, że pan profesor Czupryniak w tej dyskusji wesprze tezę, że niestety to musi być dobór indywidualny, i nie uda nam się nigdy stworzyć takiego idealnego standardu, że powiemy, że wystarczą 4 wizyty w roku na jednego cukrzyka w poradni diabetologicznej, bo zawsze będzie taki pacjent, który będzie wymagać 16 wizyt, i taki, który z jedną będzie sobie świetnie radzić, i nie będzie mieć progresji choroby.

Jestem w pełni przekonany, co powiedziałem na wstępie – i państwo też wyrazili obawy odnośnie do tego – że aż 25% chorych na cukrzycę to osoby nieświadome swojej

choroby. To bardzo dużo. Chcielibyśmy, żeby w porównaniu z innymi krajami europejskimi, ta liczba była jak najmniejsza. Pamiętajmy jednak, że kilkanaście lat temu było to 75%. My jeszcze ciągle nie jesteśmy w tym klubie krajów – o czym powiedział pan przewodniczący Hoc – które mają największą skuteczność detekcji cukrzycy, ale jesteśmy już wśród tych krajów, które do nich zbliżają się, i mamy pełną świadomość tego, co trzeba zrobić, żeby znaleźć się w tym elitarnym klubie najlepszych z najlepszych.

Jestem przekonany o tym – być może warto o tym powiedzieć – że cukrzyca jest chorobą, którą łatwo wykryć, ale w jej przypadku trudno zorientować się, że pacjent może mieć cukrzycę. Po pierwsze nasi pacjenci nie mają obowiązku chodzenia co pewien czas do poradni rodzinnej, a tendencja, jaką Wysoka Izba narzuciła w ostatnich dwóch latach, sugeruje raczej rozszczelnianie pracowniczego obowiązku opieki nad pracownikami w ramach zmniejszania kosztów pracy, zatrudnienia, co w rezultacie powoduje, że częstość wizyt u lekarzy, jeśli człowiek nie odczuwa intensywnego bólu, jest niestety mniejsza niż chcielibyśmy z punktu widzenia potrzeb epidemicznych.

Warto zauważyć, że w przypadku cukrzycy, we wstępnym okresie można rozpoznać cukrzycę bardzo prostym badaniem – wystarczy oznaczyć pacjentowi glikemię albo najlepiej wykonać test doustnego obciążenia glukozą. Zatem dopóki pacjent sam się nie zgłosi i dopóki jego lekarz po krótkim wywiadzie nie zorientuje się, że pacjent ma wiele objawów – książkowo poliurię, polidypsję, a czasem po prostu przewlekłe uczucie zmęczenia czy brak siły – i nie wykona tego badania, to może się okazać, że czas do wykrycia cukrzycy będzie bardzo długi. Jednak coraz większa świadomość i coraz lepsza współpraca pomiędzy specjalistami diabetologiami i specjalistami medycyny rodzinnej oraz reformy w systemie medycyny rodzinnej, w tym poszerzenie palety lekarzy – przypomnijmy, że od niedawna nie tylko lekarze specjaliści chorób rodzinnych, ale także specjaliści interniści, mogą pełnoprawnie pełnić funkcję lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – powoduje, że poszerza się do nich dostępność i lekarze będą mieć więcej czasu dla swoich pacjentów. To działanie bez wątpienia poprawi wykrywalność insuliny.

Dalej pani poseł Mucha zapytała o procent leczonych z dostępem do pompy insulinowej. Rzeczywiście nie podaliśmy takiego współczynnika, pani poseł, a to dlatego, że pacjenci z cukrzycą typu pierwszego do określonego wieku – 26 lat, jeśli dobrze pamiętam – oraz kobiety ciężarne z cukrzycą ciężarnych mają prawo do zaopatrzenia w pompę insulinową. W tym zakresie nie ma praktycznie żadnych kolejek, braku dostępu, ale pacjent musi chcieć. Jest to jedna z form cukrzycy – pani poseł, mam wrażenie, nie jest lekarzem... W przypadku cukrzycy typu pierwszego standardem światowym leczenia jest tak zwana intensywna insulinoterapia. Czy dobrze mówię, panie profesorze? Insulinoterapię intensywną można osiągnąć równie dobrze przy pomocy pompy insulinowej, jak i penów. Część pacjentów życzy sobie być leczona penami. Oni mają dostępność zarówno do pompy, jak i do penów, ale niektórzy wybierają peny. Dlatego trudno byłoby obronić tezę, że ten procent leczonych z pompą insulinową w stosunku do wszystkich, którzy mają cukrzycę typu pierwszego, jest wskaźnikiem jakości systemu opieki zdrowotnej. Jest raczej wskaźnikiem jakości i bardziej marketingu producentów jednej technologii versus drugiej technologii. Natomiast ani w jednej, ani w drugiej nie ma kolejek w przypadku cukrzycy typu pierwszego, ani żadnej blokady administracyjnej czy finansowej w dostępie do tych technologii. Jest to kwestia indywidualnego wyboru. I według mojej wiedzy medycznej – znowu proszę pana profesora o audyt – nikomu nie udało się udowodnić, jakoby terapia z pompą insulinową była bardziej skuteczna dla pacjentów niż terapia z wykorzystaniem penów, przy założeniu tak zwanej intensywnej insulinoterapii, czyli powtarzanych częstych wstrzyknięć insuliny wtedy, kiedy pacjent tego wymaga i budowania kompetencji pacjenta – bo tutaj kluczem do osiągnięcia wieloletnich wskaźników dobrej jakości zdrowia pacjentów jest przede wszystkim budowanie wiedzy pacjenta i umiejętności samozarządzania tą chorobą, które wymagają dużego zaangażowania i wiedzy ze strony pacjentów.

Patrzę na notatki z pytaniami zadanymi przez panią minister. Z jakiego powodu nie przedstawiono liczby amputacji stopy cukrzycowej? Nie przedstawiono dlatego, że niestety sprawozdawczość, która jest obowiązkiem oddziałów chirurgicznych, przewiduje sprawozdanie z hospitalizacji oraz wykonanego świadczenia, czyli amputacji stopy.

I po pierwsze szpitale nie sprawozdają Narodowemu Funduszowi Zdrowia, czy stopę amputowano z powodu cukrzycy, tak zwanej stopy cukrzycowej, czy z powodu niewydolności krążenia. Powiem więcej. Prawdę powiedziawszy, nawet gdyby sprawozdawały dokładnie, my też nie będziemy wiedzieć, w jakim stopniu niewydolność krążenia jest wynikiem niekontrolowanej czy źle kontrolowanej cukrzycy u pacjenta, a w jakim stopniu jest wynikiem innej choroby zarostowej naczyń, a jest ich przecież bardzo dużo. Dlatego trudno jest jednoznacznie ustalić, która amputacja jest następstwem źle kontrolowanej cukrzycy, a która innej przypadłości. Niemniej jednak zgadzam się z obawami pani poseł niewypowiedzianymi wprost, że być może warto byłoby wrócić do koncepcji obowiązkowej konsultacji angiologicznej lub chirurga naczyniowego przed wykonaniem amputacji kończynowej, co prawdopodobnie może pomóc w decyzji, czy zastosować alternatywne leczenie przedłużające utrzymywanie kończyny u pacjentów. Myślę jednak, że jest to dyskusja poza diabetologią, choć bardzo ważna.

Myślę że na te niespójności w statystykach, o które pytała pani poseł Hrynkiewicz, odpowiedziałem mówiąc, że ta liczba pacjentów, która jest rozliczana współczynnikiem razy 3 stawki kapitacyjnej ma się nijak do liczby osób leczonych na cukrzycę. Zwracam dodatkowo uwagę na fakt, że niezależnie od tego, czy pacjent chory na cukrzycę odwiedza poradnię diabetologiczną regularnie, czy jej nie odwiedza, jest leczony tylko w POZ, to ta trzykrotna stawka jest tak samo naliczana w podstawowej opiece zdrowotnej, i to też jest element, który aktualnie modyfikujemy we współpracy z lekarzami rodzinnymi. Myślę, że jesteśmy zgodni, że wprowadzenie takiego mechanizmu, który teraz minister zdrowia zaproponował, zmieni tę sytuację i doprowadzi też do poprawy relacji i współpracy z POZ i opieką specjalistyczną.

Pani poseł Gądek zapytała o zespół zajmujący się pacjentem. Ja się z tym w pełni zgadzam. Już dzisiaj jest on w KAOS, czyli w kompleksowej ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, ale zespół docelowo – moim zdaniem – powinien być dostępny bliżej pacjenta. To jest dostępność do dietetyka w miejscu zamieszkania, do pielęgniarki edukacyjnej. Myślę że to jest dyskusja, którą będziemy podejmować w przyszłym roku i w następnych latach, bo jestem przekonany, że przesunięcia finansowe, jakie będą efektem wprowadzenia większej racjonalizacji wydatków sektora zdrowotnego, wynikające w wprowadzenia pakietów onkologicznego i kolejkowego, spowodują uwolnienie środków, które będzie można zainwestować w budowę przede wszystkim dostępu na poziomie ambulatoryjnym tego typu świadczeń. Jestem przekonany, że porada dietetyczna wsparta poradą psychologiczną – jak słusznie powiedziała pani poseł Gądek – jest właściwym kierunkiem rozwoju i dobrej opieki nad chorymi z cukrzycą.

I na koniec pozostawiając trochę przestrzeni dla pana prezesa Jędrzejczyka – bo część pytań była kierowana wprost do pana prezesa – pozwalam sobie skupić się na tych pytaniach, na które odpowiedzieć czuję się na siłach, a potem poproszę o to pana prezesa. Pan przewodniczący Hoc powiedział o problemie dotyczącym retinopatii. Czy retinopatia, czy liczba niewydolności nerek, nadciśnienia tętniczego jako powikłań cukrzycy źle wyrównanej, tak naprawdę jest miarą źle wyrównanej cukrzycy? Tu rzeczywiście uszczelnianie tego systemu, czyli lepsza kontrola nad pacjentem, budowanie *compliance*, czy *adhernece* – przepraszam, chyba nie ma polskiego słowa – poprawności współpracy pacjenta z systemem i wykonywania zaleceń lekarskich i pielęgniarskich, żeby podnosić jakość i efekt swojego leczenia, jest kierunkiem, nad którym musimy się skupiać.

Pan przewodniczący Hoc zapytał o rejestr. Nie mamy rejestru chorych na cukrzycę – ani rejestru chorych na cukrzycę typu pierwszego, ani rejestru chorych na cukrzycę typu drugiego. Wydaje mi się, że przy tak potężnej populacyjnej chorobie taki rejestr nie znajdowałby uzasadnienia. Stosujemy rejestry w chorobach rzadkich, nietypowych, by poznać historię naturalną choroby i wykryć najlepsze metody leczenia. Ta jest tak częsta, że rejestr chyba nie spełniłby pokładanej w nim nadziei.

W moim przekonaniu, zmiany wprowadzone ustawą refundacyjną w zakresie dostępu do pasków do oznaczenia poziomu glikemii, którą to kwestię poruszył pan przewodniczący, spowodowały, że dostęp jest optymalny. To znaczy, że pacjenci, którzy są leczeni metodą intensywnej insulinoterapii, wymagają częstych oznaczeń poziomu glikemii, mają te paski w dostępności ryczałtowej, czyli za 3,2 zł, natomiast pacjenci, którzy

rzadziej oznaczają sobie poziomy glikemii, mają paski za odpłatnością 30%. W moim przekonaniu, ten system funkcjonuje w taki sposób, że z chwilą wejścia ustawy refundacyjnej i tej zmiany nie doszło do pogorszenia glikemii i pogorszenia stanu zdrowia pacjentów. A nawet, o czym wspominałem, biorąc pod uwagę analizę liczby hospitalizacji, myślę że utrzymaliśmy ten trend zmniejszania się liczby pacjentów hospitalizowanych z powodu cukrzycy i jej złego wyrównania, a zwiększamy ilość pacjentów, którym udzielane są świadczenia w ramach poradni ambulatoryjnej. Czyli, jeśli chodzi o ten trend, który tak bardzo czarno widział pan przewodniczący Hoc mówiąc, że jest coraz gorzej, myślę że ilościowo mamy coraz więcej pacjentów chorych na cukrzycę, co wynika raczej z powodów demograficznych, natomiast spodziewany czas życia i jakość życia pacjentów chorych dziś na cukrzycę są coraz lepsze. Mam więc wrażenie, oczywiście niezależnie od konieczności zwiększania kadr – zarzut w pytaniu, na które dokładnie nie odpowiedziałem, ale które podniosła pani minister Mucha, jest bardzo słuszny – że absolutnie konieczna jest definicja zapotrzebowania liczby kadr przez następne 20 lat i podjęcie odpowiednich działań stwarzających stały mechanizm zwiększania tych kadr.

Przepraszam za tak długie wystąpienie, ale chciałem wyczerpująco odpowiedzieć, a ta imponująca liczba pytań, za które jeszcze raz dziękuję, a które zadała pani minister Mucha, zobligowała mnie do tego, żeby tak szczegółowo do nich się odnieść. Jeśli można, to pan prezes na pewno uzupełni moje wypowiedzi.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Bardzo proszę, panie prezesie.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Tadeusz Jędrzejczyk:

Przepraszam za spóźnienie. Niestety, inne obowiązki...

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Nie. Teraz pan prezes, a potem *ad vocem*. Jest jeszcze strona społeczna, bo mamy zaproszonych gości.

Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk:

Pojawiło się pytanie odnośnie do kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Rzeczywiście jest to jedna z możliwości sfinansowania opieki przez świadczeniodawców. Mamy pewną stagnację tych świadczeń. Nie mamy dowodów, ale też nie możemy zaprzeczyć – byłbym więc ostrożny w wyciąganiu wniosków – bo było pytanie, czy jest to związane z ograniczeniem liczby hospitalizacji... Byłbym ostrożny, dlatego że prawdopodobnie ci pacjenci kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej są jednak grupą wysublimowaną, która być może wynika z przebiegu choroby, jej zaawansowania, częstszych hospitalizacji, nie z przyczyn kwalifikacji czy objęcia opieką tych chorych, u których jest większy odsetek cukrzyc niewyrównanych. I tak to chyba się odbywa, że lekarze kierując pomiędzy poszczególnymi formami, na pewno biorą to pod uwagę. W związku z tym dokładniejsze badania musiałyby to potwierdzić lub zaprzeczyć takiej tezie. Myślę, że powinniśmy raczej rozwijać kompleksową ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. Ona w tej chwili jest jakby w stagnacji w stosunku do ambulatoryjnej opieki zadaniowej, prawdopodobnie z przyczyn finansowych. Po prostu, lekarzom bardziej się opłaca sprawozdawać w postaci świadczeń ambulatoryjnych.

O rozliczeniu przy pomocy trzykrotnej wartości pan minister już dużo powiedział. Dodam tylko, że wstępnie pracujemy nad innymi rozwiązaniami, które ten problem dostępności rozwiążą, bo generalnie jest tak, że tylko drobna część tych pacjentów rozliczana była z powodu cukrzycy. Zdecydowanie większa część używana była do chorób układu krążenia.

Jeśli chodzi o pytanie o edukację, w tej chwili edukacja jest wymogiem w szpitalu i w specjalistycznej opiece oraz w świadczeniach odrębnie kontraktowanych, czyli w przypadku pomp insulinowych. Rozszerzenie oczywiście jest możliwe, natomiast byłoby to związane z tym, że byłaby konieczność zwiększenia nakładów, które trzeba by na ten cel zagospodarować.

O stopach cukrzycowych pan minister bardzo dużo powiedział. Mogę dodać tylko tyle, że rzeczywiście to monitorujemy, natomiast przyczyny, dla których te amputacje

są przeprowadzane w Polsce w większym odsetku niż gdzieś indziej, są złożone i choroby naczyniowe mają w tym duży udział. Nie tylko cukrzyca dokłada się do tego problemu. W tym zakresie też byłyby potrzebne bardziej wnikliwe analizy, gdzie najlepiej byłoby zadziałać, aby zmniejszyć liczbę tych amputacji.

Jeśli chodzi o potwierdzenie danych liczbowych, to przy generalnie wzrastających nakładach na leczenie cukrzycy, co jakby zwiększa obciążenie na przestrzeni lat, od 2009 r. ze 127,5 mln zł do 156,5 mln zł rocznie, w AOS mamy ten wzrost na poziomie 25 mln zł. W opiece szpitalnej mamy praktycznie stagnację, bo jest to wzrost zaledwie o około 4 mln przy 40 mln...

Poseł Joanna Mucha (PO):

A procentowo?

Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk:

Musiałbym przeliczyć, ale to jest ponad dwa do jednego, czyli ponad dwa razy więcej wydajemy na opiekę ambulatoryjną w stosunku do opieki szpitalnej, jeśli chodzi cukrzycę. Natomiast rzeczywiście jest wzrost w zakresie świadczeń diabetologii dziecięcej, bo jest prawie 50-procentowy. To jest dość niepokojąca dana...

Tak zapadalność pacjentów, którzy w systemie sprawozdawczym są oznaczeni odpowiednimi kodami. Mamy ich około 1,7 mln, natomiast tej czarnej liczby chorych, którzy nie zgłaszają się do pacjenta albo zgłaszają się dopiero w powikłaniami, oczywiście nie widzimy. A jeśli chodzi o nadzór nad leczeniem powikłań typu zaćma, skrajna niewydolność nerek czy choroby sercowo-naczyniowe, to jako płatnik zdajemy sobie sprawę z tego elementu i też będziemy przygotowywać różne rozwiązania, które naprzeciw tym problemom wyjdą. Tyle w dużym skrócie...

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz poprosimy o głos zaproszonych gości, chociaż może jeszcze ja, poza kolejnością, polemicznie zwrócę się do pana ministra, w tym aspekcie, że nie lekarz może czasem celnie i zasadnie coś spuentować.

Chodzi o to, że o ile Ministerstwo Zdrowia nie uznaje za zasadne porad w ponad rocznej ilości w KAOS, to w zarządzeniu pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia 82/2013 podane są standardy opieki diabetologicznej w KAOS – 4 wizyty dla osób z cukrzycą insulinoniezależną, a od 8 do 12 z cukrzycą insulinozależną. Są więc takie standardy. I szczerze mówiąc, nie lekarz może czasem potrafić więcej niż minister.

Teraz w kolejności głos zabiorą pani poseł Joanna Mucha, pan Dariusz Piontkowski i pani poseł Kłosin.

Poseł Joanna Mucha (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Rzeczywiście nie jestem lekarzem, panie ministrze. Być może część osób zaproszonych na dzisiejsze posiedzenie Komisji nie wie o tym, że moje wykształcenie jest jednak związane ze służbą zdrowia, dlatego że pisałam doktorat z zakresu ekonomii zdrowia. Być może z tego powodu różnią się nasze spojrzenia na niektóre sprawy. Wydaje mi się też, że tego typu dyskredytowanie posła jako osoby, która nie jest lekarzem, nie jest eleganckie. Prosiłabym też...

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Pani minister, przepraszam, absolutnie nie miałem na myśli dyskredytowania. Po prostu, w kontekście pani wypowiedzi chciałem uzupełnić tę nieścisłość, która wkradła się w słowa. Nie miałem absolutnie...

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Bardzo proszę o...

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Cenię współpracę z nie lekarzami, bo jest to bardziej twórcze. Niestety, jestem lekarzem.

Poseł Joanna Mucha (PO):

Dobrze, panie ministrze. Przyjmuję to wyjaśnienie. Być może byłam nadwrażliwa w tej kwestii. Chciałabym poprosić, żeby na przyszłych posiedzeniach Komisji, rozmawiając

o różnego rodzaju sprawach, panie ministrze, pominąć ten długi wstęp, który pan przy swojej odpowiedzi umieścił, bo czasu mamy mało, więc wydaje mi się, że warto szybciej przechodzić do ważnych spraw. I przechodzę właśnie do ważnych spraw. Po pierwsze...

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Króciutko proszę, bo mamy jeszcze następnych mówców...

Poseł Joanna Mucha (PO):

Dobrze, panie przewodniczący. Temat jest ważny, wydaje się więc, że musimy mieć czas na to, żeby się wypowiedzieć.

Po pierwsze pan minister był uprzejmy wypowiedzieć uwagę, która wydaje mi się daleko nie na miejscu. Pan minister powiedział, że poziom informacji został dostosowany do naszego zapotrzebowania i pytań, które formułujemy jako Komisja. W takiej wypowiedzi pana ministra jest pewnego rodzaju sugestia, że mamy zapotrzebowanie na wiedzę nie kompleksową, która nie pozwoli nam wyciągać wniosków dotyczących polityki. Ja jestem starym-nowym członkiem tej Komisji – rzeczywiście kilka lat nie byłam obecna na posiedzeniach Komisji – ale chciałabym zaznaczyć, że moje oczekiwanie jest takie – myślę że innych członków Komisji również – żeby dane, które będą przedstawiane w przyszłości przez Ministerstwo Zdrowia, były rzetelne i pozwoliły nam ocenić poziom i poprawność prowadzonej polityki, bo jedną z najważniejszych funkcji Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej jest kontrola. Nie możemy tej funkcji sprawować, jeśli nie otrzymujemy od państwa danych, które na to pozwalają.

Panie ministrze, jak rozumiem, pan notował moje pytania, ale zanotował pan tylko niewielką ich część. Chciałabym poprosić... Oczywiście zdaję sobie sprawę z tego, że nie może pan przedstawić nam danych statystycznych, o które zapytałam. W związku z tym bardzo proszę o przedstawienie tych danych statystycznych na piśmie – państwo odczytają z protokołu moje pytania. Przy okazji chciałabym zapytać pana przewodniczącego, czy na przedstawienie odpowiedzi na piśmie są dwa tygodnie? Czy dobrze pamiętam? Tak, dwa tygodnie. Chciałabym więc przypomnieć, że dotąd nie otrzymałam odpowiedzi na piśmie na poprzednio zadane pytania, a dwa tygodnie – jak mi się wydaje – już upłynęły.

Poza tym nie wiem czy dobrze zrozumiałam odpowiedź pana prezesa, czy ta liczba pacjentów, którzy są zakodowani jako pacjenci z cukrzycą, to 1,7 mln. Czy dobrze zrozumiałam? Tak, 1,7 mln. Nie rozumiem, w takim razie, dlaczego ta dana nie było podana wcześniej, ale cieszę się, że to jest dostępne.

Nie jestem w stanie zaakceptować odpowiedzi pana ministra, że to dyrektorzy oddziałów wojewódzkich są odpowiedzialni za kontraktowanie w określonym zakresie. Takie słowa z ust pana ministra padły. Mam nadzieję, że to jest jakieś przeoczenie, bo tego typu sformułowanie nie powinno było paść.

Następna kwestia zanotowana przeze mnie – o tym pan przewodniczący już powiedział. Oczywiście, że da się policzyć ile średnio potrzebuje chory, bo zakładają to państwo w swoim własnym programie. Proszę więc nie mówić nam takich rzeczy. Jeśli chodzi o liczbę procentową pacjentów, którzy mają pompy... Dobrze, jeśli część pacjentów ma peny, to proszę nam przedstawić informację o tym, jaki procent pacjentów korzysta z pomp, jaki procent korzysta z penów i co jest z pozostałymi pacjentami.

Usłyszałam w wypowiedzi pana ministra i pana prezesa, że nie ma sprawozdań NFZ dotyczących amputacji stopy cukrzycowej. Ja po prostu w to nie mogę uwierzyć. Jeśli tego nie ma, to natychmiast państwo powinni rozpocząć monitorowanie tej liczby, bo jest to jedna z podstawowych danych. Jeśli nie mamy dostępu do tak podstawowej danej, to nie jesteśmy w stanie oceniać polityki jaką prowadzimy i jej skuteczności. Tyle na tę chwilę. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Panie ministrze, myślę że pan to przygotuje na piśmie. Będziemy kontynuować posiedzenie. Pani poseł Kłosin chciała jeszcze zabrać głos, i pan Dariusz Piontkowski. Proszę bardzo króciutko, bo mamy jeszcze wysłuchać zaproszonych gości.

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Dobrze. Dziękuję bardzo. Panie ministrze, w nawiązaniu do wypowiedzi pana i pana prezesa, chciałabym dopytać o jedną rzecz. Panowie obaj mówili, że pracują nad zmianą systemu wynagradzania w POZ i chcą zejść z tego współczynnika 3. Czy mógłby pan przybliżyć, jakie rozwiązania zamierzają państwo wdrożyć i jak to będzie wyglądać, bo rozumiem, że są to rozwiązania, które mają zoptymalizować proces wynagradzania za pacjentów cukrzycowych i objąć pacjentów cukrzycowych sensu stricto, żeby nie było takiego przyrostu, jak w tej chwili? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Dariusz Piontkowski, ale proszę bardzo krótko.

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

Oczywiście, panie przewodniczący, zawsze staram się krótko... Drobne przekłamanie ze strony pana ministra, który twierdził, że nie da się policzyć tych pacjentów w POZ, ponieważ rzeczywiście w materiale jest informacja, że ta liczba 4,783 mln pacjentów to leczeni na cukrzycę oraz choroby układu krążenia. Jednak lekarze w sprawozdaniach podają nie tylko kod porady, ale także kod choroby, który jednoznacznie identyfikuje, czy był to chory na nadciśnienie czy na cukrzycę. W związku z tym, gdyby państwo zastosowali filtr w swoich danych, bez problemu byliby w stanie przekazać nam w tej bardzo ogólnej informacji także liczbę pacjentów korzystających z porad cukrzycowych u lekarzy POZ.

I drugi element. Była tu wzmianka o rejestrze. Pan przewodniczący Hoc domagał się tego rejestru. Jeżeli państwo wprowadzą pakiet kolejkowy, gdzie będzie powiązanie Peselu ze zlecanymi poradami, zabiegami, czy badaniami, to wówczas przy pomocy jakiegoś filtra będą państwo w stanie taki rejestr przedstawić, jeżeli on będzie konieczny.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, jeszcze pani poseł Janina Okrągły.

Poseł Janina Okrągły (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Ja bardzo króciutko. Interesowałyby mnie programy zdrowotne. Mamy podane, że w latach 2010, 2011 i 2012 były prowadzone programy profilaktyczne, programy edukacyjne, na co wydano od 1,4 mln zł do ponad 2,5 mln zł. Czy takie programy były prowadzone w roku 2013, i w tym roku?

Następna sprawa. Czy była ewaluacja programów? Czy poziom świadomości pacjentów dotyczących profilaktyki i wykrywania oraz postępowania przez chorych na cukrzycę był oceniany? Czy one odniosły jakiś skutek? I to samo dotyczy szkolenia policjantów. Jaka grupa była tym objęta? Czy była ewaluacja programów i czy są kontynuowane? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję. Panie ministrze, myślę, że przejdziemy do wysłuchania zaproszonych gości, a potem może pan odpowie *en bloc*, a na te pytania zgłoszone przez parlamentarzystów, na które pan nie odpowie, proszę odpowiedzieć na piśmie.

Bardzo proszę. I proszę o przedstawienie się. Kto pierwszy z zaproszonych gości? Pan profesor.

Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego Leszek Czupryniak:

Leszek Czupryniak, prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Ja bardzo krótko, bo państwo dyskutują o kwestiach związanych z tym dokumentem, jakie tam są treści itd., a w ten sposób prawdopodobnie moglibyśmy tu siedzieć godzinami.

Po pierwsze bardzo dziękuję, że Komisja Zdrowia zajmuje się diabetologią – pan przewodniczący Latos zawsze nam to obiecywał. Mamy wrażenie, że to jest jeden z bardziej zaniedbanych obszarów w obrębie opieki zdrowotnej. I nie mówię tego dlatego, że jestem diabetologiem. Dialog niezmiennie, od lat, wygląda podobnie. Przedstawiciele ministerstwa mówią – dość często właśnie pan minister Radziewicz-Winnicki – że generalnie jest dobrze, jeśli nie świetnie, lepiej niż było kilka lat temu. Pewnie, że jest lepiej – dobrze, że nie jest gorzej – natomiast myślę, że ten rejestr, który przywołał pan przewodniczący, ten ranking, gdzie Polska zajmuje 25 miejsce, powinien nam wszystkim dać do myślenia.

Mógłbym polemizować odnośnie do wielu rzeczy, o których mówili pan minister czy państwo. Jak pan zauważył, panie ministrze, o lekach w ogóle nie mówimy. Żywiołowa dyskusja dotyczy zupełnie innych tematów. Nie wiem, czy pan jest rozczarowany, czy nie.

Tylko kilka punktów, żeby państwu pokazać, jak to jest trudny i rozległy obszar. Tak naprawdę jest jedno wyjście, żeby sprawy posunąć w dobrym kierunku. Pan minister mówił, że rejestr jest do niczego niepotrzebny i pewnie nie spełniłby nadziei, a państwo nie mogą się tu dowiedzieć, ilu jest chorych na cukrzycę. Jak można planować wydatki w skali państwa przy już tak daleko posuniętej elektronizacji zbierania danych? My już dawno przestaliśmy pisać ręcznie w poradniach i szpitalach. Wszystko jest w tej chwili dostępne w postaci cyfrowej. Są jednostki budżetowe, które tworzą rejestry w innych chorobach. Nie widzimy problemu poza problemem skali, żeby taki rejestr chorych na cukrzycę stworzyć. Jak państwo pewnie wiedzą zamierzamy złożyć projekt ustawy o cukrzycy dotyczący konkretnych rozwiązań w zakresie diabetologii, gdzie jest właśnie postulat tworzenia rejestru.

Pan minister mówił – i rzeczywiście, ja z tym w pełni się zgadzam, co wbrew pozorom często mi się zdarza, jeśli chodzi o pana ministra Winnickiego, i nie wiem, czy dlatego, że jest pan lekarzem, czy nie, i też nie wiem, czy to dobrze, czy źle – że są pacjenci, którzy wymagają wizyt dwa razy w roku, i są tacy, którzy wymagają wizyt dwa razy w tygodniu. Oczywiście, tak jest. Mogę jednak państwu pokazać dokumenty – i na pewno państwo też otrzymali takie dokumenty, bo one były rozsyłane do Komisji Zdrowia i do ministerstwa – od lekarzy prowadzących kompleksową opiekę ambulatoryjną, o tym, że kontrola z NFZ stwierdzała, że nie odbyły się wizyty w liczbie 4 wizyt rocznie albo odstęp między wizytami został przekroczony o 1 dzień – powinien być co 90 dni, a chory przyszedł 91 dnia – i zostało cofnięte finansowanie tego pacjenta. Tego typu procedury cały czas obowiązują.

Czytałem i słyszałem ostatnie wypowiedzi pana prezesa NFZ, w wyniku których wydaje mi się, że od tego modelu odejdziemy, bo powinniśmy właśnie iść w tę stronę, o której mówi pan minister. Lekarz powinien jednak mieć dużą swobodę w ustalaniu wizyt pacjenta. To jest choroba o bardzo różnym przebiegu i są pacjenci, których naprawdę widujemy dwa razy w tygodniu, a są chorzy, w przypadku których wystarczy, że przyjdą co kilka miesięcy. Itd., itd.

Myślę że problem leży tak naprawdę w braku jednego systemowego rozwiązania. Mianowicie dla ministerstwa i to nie tego, więc proszę tego broń Boże nie traktować personalnie – mówię to do pana ministra, czy do obecnej obsady ministerstwa – cukrzyca nigdy nie była priorytetem. Nie była priorytetem żadnego ministra zdrowia przez lata. Priorytetem były inne choroby. I słusznie, bo pewnie były bardziej palące potrzeby. Uważamy, że pod każdym względem nadszedł czas, żeby teraz zająć się diabetologią. Nie przeczymy, że ministerstwo wie, co to jest cukrzyca, stara się, bierze udział w debatach, ale te kilka rozwiązań, jakie próbuje wprowadzić, próbuje wprowadzić obok środowiska albo przy nikłej współpracy z naszej strony, którą my niezmiennie oferujemy.

Rzeczywiście dramatycznie – w pozytywnym znaczeniu – rozwija się opieka pediatryczna. Tuszę, że w dużym stopniu dlatego, że pan minister jest lekarzem pediatrą, i to wysoko funkcyjnym w środowisku pediatrów. Czyli to zrozumienie dla tego obszaru diabetologii na pewno istnieje. Myślę, że siłą rzeczy jest większe niż dla diabetologii osób dorosłych. Dzieci i młodzież są leczone w Polsce rzeczywiście na poziomie światowym, i z tego jesteśmy dumni, i to podkreślamy, że pediatria diabetologiczna to jest perła w koronie polskiej diabetologii. Jednak dzieci i młodzieży z cukrzycą typu pierwszego jest 20 tys. w Polsce, a pacjentów... I dziwię się tym danym, które podał pan prezes, bo dane, które można ściągnąć ze strony NFZ pokazują, że w ubiegłym roku recepty na leki przeciwcukrzycowe albo paski do gleukometrów realizowało prawie 2,2 mln osób. I to jest liczba, którą podajemy jako liczbę chorych na cukrzycę. Tam było bodajże 2,170 mln. Rzeczywiście, co trzeci, co czwarty nie wie, że jest chory, więc liczba pacjentów jest bliska trzem milionom. I myślę, że to jest liczba, o której tu państwo dyskutują, kiedy pani minister Mucha zapytała, ilu jest chorych na cukrzycę – 2,2 mln. Te osoby coś kosztują budżet państwa, bo realizują recepty związane z lekami albo paskami.

Tak więc bardzo cieszę się z tej debaty, bo to zawsze podnosi świadomość. Myślę, że w obszarze aktywności państwa jako posłów parlament zawsze był naszym największym sojusznikiem, podnosi też świadomość tego problemu. Pani profesor Hrynkiewicz zapytała, jak to jest możliwe, że choroba jest nierozpoznawana. Jest nierozpoznawana, bo kompletnie nie boli, przez długi czas jest bezobjawowa. Nie ma takiej drugiej choroby przewlekłej występującej w takiej skali... I tak mógłbym mówić godzinami. Tak więc my niezmiennie oferujemy pomoc.

Bardzo cieszymy się, że przez tych kilka lat pediatria dramatycznie się rozwinęła. Ten 50-procentowy wzrost kosztów, to – jak myślę – nie jest wzrost zachorowań na marginesie, tylko to jest wzrost, jeśli chodzi o pompy, koszty związane z leczeniem, i dlatego jest tak duży wzrost. Proszę jednak to przyjąć jako proste pytanie – jeżeli o 50% rosną koszty dla dzieci młodzieży chorych na cukrzycę, a chorzy na cukrzycę korzystający w całej swojej masie w pierwszym roku wprowadzenia ustawy refundacyjnej musieli dołożyć paręset milionów do kosztów leków, jakie ponoszą... I nadal nie mówię tu o nowoczesnych lekach, tylko o lekach w ogóle. Tak więc, asymetria w polityce ministerstwa jest duża. Oczywiście – jak wszyscy mówimy – dzieci są najważniejsze, ale myślę, że i ludzie w średnim wieku i starsi też są ważni, a tu oferta jest naprawdę niewielka, niewiele się zmienia.

My po prostu apelujemy o zmianę strategii, bliską współpracę z nami i docenienie dużego obszaru diabetologii, który jest mało widoczny. Przepraszam, jeśli przedłużyłem czas wystąpienia i dziękuję bardzo za zaproszenie, stałą współpracę i kontakt z Komisją Zdrowia.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo, panie profesorze. Proszę bardzo.

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków Andrzej Bauman:

Andrzej Bauman, prezes Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków. Proszę państwa, ja słucham bardzo uważnie i czasem dostaję drgawek, ale jest jedna pozytywna sprawa, że zaczęto się interesować cukrzycą w ostatnim czasie.

Proszę państwa, my korzystaliśmy z pomocy „Porozumienia Zielonogórskiego", które swoją decyzją, i naszą, utworzyło 160 szkół cukrzycowych, ponieważ od Ministerstwa Zdrowia nie możemy się doprosić o edukację chorych na cukrzycę. Owszem jest edukacja w początkowym okresie w szpitalach klinicznych. Odnośnie do cukrzycy pierwszego typu nie ma żadnych problemów. Jest edukacja bardzo dobra, na wysokim poziomie – jak mówił pan profesor Czupryniak. A co z drugim typem?

Pani minister powiedziała, że domaga się informacji o aktualnej liczbie osób po amputacjach. Proszę państwa, akurat w lutym panu premierowi Tuskowi przedstawiałem ten fakt i powiedziałem, że jest 15 tys. amputacji w ciągu roku. Pan premier pytał o to pana ministra, i pan minister potwierdził, ale to są niuanse.

Przede wszystkim chodzi nam o to, aby rozpocząć szkolenie. Już nie mówię o lekarzach, bo to jest podstawowy obowiązek. Mówię o chorych na cukrzycę z mniejszych miejscowości, którzy wychodząc ze szpitala mają receptę, idą do apteki i nie wiedzą, co mają odebrać. Co ja mam z tym zrobić? Takie sytuacje jeszcze się zdarzają.

Jeżeli chodzi o leki mamy w końcu wywalczone leki analogowe – walczyliśmy 10 lat – ale połowicznie, bo chorzy z cukrzycą pierwszego typu otrzymali leki bez problemu, a z cukrzycą drugiego typu pod uwarunkowaniami. Jeżeli hemoglobina glikowana przekracza 8 i jeżeli pacjent jest na insulinie NPH powyżej pół roku, to może mu lekarz zapisać analog. Coś tu nie pasuje. Coś tu nie gra. Dlaczego jest taka dyskryminacja? To lekarz decyduje o tym, czy pacjent powinien otrzymać tę insulinę, czy nie, a nie urzędnik.

Druga sprawa, to inkretyny. Już 5 lat są na rynku, ale w Polsce ich nie ma. Niby są, ale ceny zbijają chorego z nóg. Jeżeli ma płacić od 200 do 800 zł miesięcznie za wykup leku inkretynowego, to przepraszam... żyjemy chyba w demokracji.

Proszę państwa, jest jeszcze jeden problem, że szkolenie odbywa się w większym stopniu poprzez organizacje naszego stowarzyszenia. Zwracamy się z prośbą do lekarzy diabetologów, którzy nie mają zbyt wiele czasu, żeby przyjeżdżać na to szkolenie. I tak, przez 5 lat szkoleń „Porozumienia Zielonogórskiego" zauważyliśmy, że zmniejszyła się

liczba powikłań u pacjentów uczonych przez to porozumienie. To jest 3% – tak określają – ale to już jest coś. To daje nadzieję, że będziemy dalej uzyskiwać lepsze wyniki. Jeżeli przyjeżdżamy na posiedzenie Zarządu IDF i słyszymy, że Polska jest prawie na ostatnim miejscu, to aż się niedobrze robi, i to ze względu na niewłaściwe decyzje Ministerstwa Zdrowia. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie prezesie. Bardzo proszę.

Ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie" Joanna Zabielska-Cieciuch:

Joanna Zabielska-Cieciuch, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie". Panie prezesie, panie ministrze, od 2008 r. lekarze opieki podstawowej sprawozdają każdą wizytę pacjenta podając kod porady i kod choroby ICD-10. Po wielu monitach do Narodowego Funduszu Zdrowia uzyskaliśmy nawet możliwość sprawozdawania kilku kodów chorób podczas jednej wizyty – dwóch-trzech – żeby nasza sprawozdawczość była rzetelniejsza i bardziej do wykorzystania. Nie wszystkie oddziały wojewódzkie to realizują. Dane dotyczące liczby chorób z tych sprawozdań NFZ w prosty sposób może uzyskać. Gdyby takiej sprawozdawczości nie było, była tylko zbiorcza, to wtedy nie wiedzieliby państwo, za którego pacjenta płacić nam potrójną stawkę, bo warunkiem jest wizyta przynajmniej raz na 3 miesiące.

Jeśli chodzi o cukrzycę, powiem państwu tak. Leczenie cukrzycy to 4 elementy – odżywianie, aktywność fizyczna, edukacja pacjenta i farmakoterapia. To są 4 elementy równorzędne. Nie ma leczenia cukrzycy, jeśli pacjent dostanie recepty. Nie ma szans na to, żeby był zdrowy i były pozytywne efekty. Musi być edukacja. Pacjent musi wiedzieć, jak ma zmienić swoje odżywanie i swoje życie. Musi to wiedzieć jego rodzina. Dlatego wspólne z pacjentami ze Stowarzyszenia pacjentów diabetologicznych, z pomocą konsultanta krajowego do spraw diabetologii i medycyny rodzinnej, korzystając z doświadczeń kolegów opracowaliśmy „Szkołę cukrzycy", która polega na przekazaniu pacjentom w postaci ośmiu wykładów podstawowej wiedzy dotyczącej cukrzycy. Wykłady są dedykowane nie tylko pacjentom chorym na cukrzycę, ale i tym, którzy chcą się dowiedzieć, co to za choroba, co z nią robić i jak zmienić swój styl życia, żeby na cukrzycę nie zachorować. Niestety nie mamy wsparcia i zainteresowania tym tematem ani ze strony NFZ, ani ze strony Ministerstwa Zdrowia, ale samorządy wchodzą we współpracę i od pięciu lat odbywa się taka edukacja kierowana przez lekarzy rodzinnych do pacjentów. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Już nie widzę zgłoszeń. Panie ministrze i panie prezesie, proszę. Mamy jeszcze 10 minut.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo, programy zdrowotne, o których mówiła pani poseł Okrągły, to są programy edukacyjne realizowane przez wiele różnych podmiotów. Pamiętajmy o tym, że działania z zakresu zdrowia publicznego, w tym częste promocje zdrowia i edukację, realizują samorządy gminne, na poziomie wojewódzkim, w wielu różnych programach.

Proszę wybaczyć, tych programów jest tak dużo, że nie potrafię jednoznacznie odpowiedzieć pani poseł na pytanie, jakie były w roku 2013 i 2014 i jaka była ich ewaluacja. One są realizowane w sposób nieskoordynowany, co jest główną przesłanką, dla której postulujemy ich koordynację poprzez wprowadzenie regulacji ustawowych działań z zakresu zdrowia publicznego. Te podmioty – jest ich ponad 3 tys. – które są zobligowane do sprawozdania Ministrowi Zdrowia, sprawozdają, ale z dużym opóźnieniem.

Jeśli pani poseł to zaakceptuje, to na piśmie przyślę pani poseł informację o tym, jakie były programy dotyczące pacjentów z cukrzycą, kto jest realizował. Przy czym nasza sprawozdawczość nie jest pełna, bo zwykle około 20% podmiotów zobligowanych do sprawozdawczości nie sprawozdaje. Rzeczywiście, są tam i policja, i MSW, często wojsko, ale i samorządy, szkoły, Minister Edukacji Narodowej, wszystkie powiaty – mnóstwo różnych podmiotów zobligowanych do sprawozdania prowadzi tego typu działania. Ewa-

luacja niestety nie jest zapisana w prawie jako obligatoryjne działanie, co jest wielką bolączką tych programów, bo często dzieje się tak, że w tych programach, które są obligatoryjnie oceniane przez prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych – ale ta ocena nie jest wiążąca dla realizatorów programu – te same błędy są powielane w różnych samorządach. Na przykład, rozdaje się jabłka dzieciom w szkole, co jest interwencją, która jest piękna, ale, niestety, nikomu nie udało się udowodnić, że ona zmienia nawyki żywieniowe albo powoduje redukcję otyłości. Jest wiele tego typu działań, które bywają powielane.

Odnośnie do leków, pytań, myślę że udało się nam osiągnąć wiele sukcesów. Nie jest tak, że decyzje refundacyjne są wynikiem jakiejś walki czy kampanii, którą podejmuje się wokół Ministerstwa Zdrowia czy przeciwko ministrowi zdrowia, ponieważ z istoty ustawa refundacyjna przyjęła zasadę równego i sprawiedliwego traktowania wszystkich grup pacjentów, a każda technologia lekowa jest oceniana poprzez analizy oceny technologii lekowych bardzo skrupulatnie. I to Minister Zdrowia podejmując decyzje opiera się na analizach farmakoekonomicznych wybierając te technologie, które są najbardziej korzystne dla pacjentów, czyli te, które w sposób najlepszy i najsilniejszy zmieniają historię naturalną choroby i podnoszą jakość życia pacjentów.

Nierzadka rozbieżność pomiędzy bardzo wysoką ceną i stosunkowo niewielkim efektem terapeutycznym, czy dodaną jednostką zdrowia, którą obserwuje się po zastosowaniu określonej technologii, jest przyczyną niekorzystnego stosunku korzyści do ceny określonej technologii. I to jest przesłanką uniemożliwiającą podjęcie decyzji refundacyjnej odnośnie do tych technologii, których nie udało się do tej pory...

Te wszystkie sukcesy, z którymi mieliśmy do czynienia przez ostatnie lata w przypadku objęcia refundacją czy to analogów długodziałających, czy innych leków stosowanych w cukrzycy, wynikały z tego, że dzięki olbrzymiemu zaangażowaniu środowiska społeczeństwa obywatelskiego – w związku z tym, moje wielkie podziękowanie dla pana prezesa Baumana – udało się zmienić nastawienie podmiotów odpowiedzialnych, czyli koncernów farmaceutycznych, które dostosowały swoją cenę do realnej wartości tych produktów leczniczych. Realna wartość, mówiąc najogólniej... Przepraszam za takie, być może, bardzo instrumentalne porównanie, ale leki inkretynowe mają cenę mniej więcej 50 razy większą od standardu leków doustnych stosowanych w terapii cukrzycy, i gwarantuję państwu, że pacjent nie zyskuje 50 razy więcej korzyści zdrowotnych, bo gdyby tak było, to byśmy je oczywiście refundowali. Jeśli mogę, to przekazuję głos panu prezesowi, bo pan prezes...

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Bardzo proszę, panie prezesie...

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

...otrzymał wiele pytań.

Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk:

Tak. Pytanie pani poseł Kłosin, dotyczące zamierzeń. Oczywiście na razie jest tylko projekt opublikowany na stronach, który jeszcze nie zawiera ostatecznej wersji zarządzenia. Natomiast, rzeczywiście, kierujemy się tą myślą, bo w tej chwili, jeśli chodzi o podstawową opiekę zdrowotną, mamy różne grupy pacjentów, czyli zarówno tych, których lekarz musi widywać regularnie, jak i tych, którzy są zdyscyplinowani – co może potwierdzić pan profesor, że samoedukacja pacjentów jest coraz lepsza, szukają różnych źródeł wiedzy, korzystają i z projektów samorządowych i z własnej inicjatywy, żeby się edukować i w tym zakresie poprawić sprawność – żeby nie motywować do tego, żeby koniecznie pacjenta do poradni zapraszać. Natomiast, jakby jednocześnie zaobserwowaliśmy zmniejszenie dostępności dla pozostałych grup pacjentów. Czyli, jakby zracjonalizowanie działania odnośnie do istoty, pozostawiając lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej decyzję, jak planowanie leczenia ustalić. To na razie jest w projekcie. Natomiast to, co będziemy mogli od przyszłego roku zaplanować, to *stricte* programy zdrowotne, oczywiście w ramach naszych możliwości finansowych, na pewno o cukrzycy, a w szczególności o *prediabetes*. Bardzo poważnie zastanawiamy się, i przymierzamy,

żeby je realizować opierając się na podstawowej opiece zdrowotnej, bo efekty mogą się okazać pozytywne.

Odniosę się jeszcze do dyskusji o danych sprawozdawczych. Oczywiście sprawozdawczość bardzo szczegółowa jest możliwa, ale prawdą jest też to, że do rozliczenia wystarczy jedno rozpoznanie. W związku z tym, żebyśmy mogli potwierdzić, na ile ta sprawozdawczość jest zgodną z rzeczywistością, musielibyśmy zrobić kontrole „odkrywkowe" dokumentacji medycznej, co naprawdę się kryje pod poszczególnymi kodami. Dlatego – jak mówię – te dane są dla zainteresowanych, i w miarę możliwości są w różnych miejscach publikowane, natomiast zalecałbym ostrożność w ich interpretacji, bo tu różnice mogą być duże.

Ta różnica, na którą pan profesor zwrócił uwagę, że mamy około czterysta kilkadziesiąt tysięcy osób więcej, które wykupują leki, od osób, które mamy sprawozdane w postaci leczenia, nie jest dziwna, jeżeli weźmiemy pod uwagę choćby pacjentów prywatnych, którzy jednak mają prawo do refundacji leków – to na pewno jest spora grupa – i być może część tych pacjentów POZ, gdzie są niedokodowani, i my ich nie zaobserwujemy. Jednak to nie jest aż tak duża różnica, żeby nie udało się jej wyjaśnić. Jestem otwarty, panie profesorze, żeby nad szczegółami się pochylić...

Prezes PTD Leszek Czupryniak:

Ale zgadza się pan, że te dane z recept są jakby najbardziej wiarygodne, jeśli chodzi o chorobowość...

Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk:

Też byłbym ostrożny...

Prezes PTD Leszek Czupryniak:

To znaczy, najbardziej wiarygodne...

Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk:

...ze względu na zjawisko reeksportu naszych leków do krajów sąsiednich...

Prezes PTD Leszek Czupryniak:

Ale nie w skali indywidualnych recept. Myślę, że to jest rzadka sprawa.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Jeszcze poprosili o głos pan przewodniczący Tomasz Latos i pani poseł Lidia Gądek. Bardzo proszę, panie przewodniczący.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Nie ukrywam, że pan minister sprowokował mnie do zabrania głosu – aczkolwiek mamy bardzo mało czasu, a właściwie czas się skończył. Mamy za chwilę następne posiedzenie Komisji.

Panie ministrze, chyba nie jest tak, że my jesteśmy mądrzejsi od wszystkich krajów unijnych. To znaczy, że gdzieś uznano, że leki inkretynowe z takich czy innych względów należy refundować, a my uważamy inaczej. Ja bym tego nie mówił, gdyby nie wypowiedź innego z wiceministrów sprzed bodajże niecałych trzech lat, który również mówił, że nie należy stosować insulin długodziałających, bo rzekomo są szkodliwe i rzekomo posiadał na to wyniki badań. Dzisiaj, jak rozumiem, już ich nie ma, bo gdyby były, to państwo nie wprowadziliby by tych insulin do refundacji. Rozumiem więc, że to, co państwo ustalili, nie spowodowało tego, że refundacja została zablokowana. Zatem, chyba nie jest tak, że jesteśmy mądrzejsi od całej reszty świata, panie ministrze. Możemy co najwyżej mówić, że nie brakuje nam pieniędzy. Proszę w ten sposób powiedzieć, że nie refundujemy, bo nas na to nie stać. Wtedy przynajmniej będziemy wiedzieć, na czym stoimy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

I jeszcze pani poseł.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Dosłownie jedno zdanie. Nie słyszałam, niestety, odpowiedzi na moje pytanie, ale ten wątek przewijał się w tylu wystąpieniach obecnych tu osób, że prawdopodobnie ta odpowiedź po części była. Natomiast, mam sugestię i jakby pytanie, wniosek końcowy.

Wszystko, o czym dzisiaj mówiliśmy wspólnie, i pan minister tak bardzo ładnie opowiadał o naszych inicjatywach, ustawowych zmianach odnośnie do zdrowego żywienia w szkole... Mamy akcję „Stop Zwolnieniom z WF-u", walczymy z otyłością. Chcemy walczyć o reklamę zdrowej żywności. A przecież to wszystko, o czym dzisiaj mówimy, zamknęłoby się jednym ruchem – jednym aktem prawnym. Panie ministrze, moje pytanie – kiedy, w takim razie, ministerstwo przedłoży do procedowania projekt ustawy o zdrowiu publicznym.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, rozumiem, że odpowiedź będzie w formie pisemnej. Czy tak? Tak. Wobec tego, dziękuję bardzo.

Porządek obrad został wyczerpany. Zamykam posiedzenie Komisji.